

Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan pada Balita Kurang Gizi di Kabupaten Wonogiri Ditinjau dari Aspek Input dan Proses

Supplementary Feeding Program Evaluation Restoration Malnourished In Children Under Five In The District Wonogiri Seen From Input and Process Aspects

Ratna Indriati^{*}, Sri Achadi Nugraheni^{}, Apoina Kartini^{**},**

^{}Akademi Keperawatan Panti Kosala Surakarta, ^{**}Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Semarang*

ABSTRAK

Salah satu upaya untuk mengatasi masalah kurang gizi di Kabupaten Wonogiri adalah dengan program PMT-P. Program ini sudah dilakukan sejak tahun 2007 namun belum menunjukkan hasil yang bermakna. Hasil studi pendahuluan menunjukkan masih ada kendala dalam aspek input dan proses dalam pelaksanaan program ini. Tujuan penelitian untuk mengevaluasi pelaksanaan program PMT-P balita kurang gizi. Jenis penelitian observasional analitik dengan metode kualitatif untuk mengevaluasi pelaksanaan program PMT-P oleh TPG dan kuantitatif untuk membandingkan pelaksanaan program PMT-P oleh bidan desa antara puskesmas yang mengalami peningkatan dan penurunan kasus balita kurang gizi. Informan utama 4 TPG dari 4 puskesmas yang mengalami peningkatan dan penurunan kasus balita kurang gizi. Informan triangulasi yaitu 4 kepala puskesmas, Kasi Kesga dan Gizi DKK, 4 bidan desa, 4 kader posyandu, dan ibu balita penerima PMT-P. Subjek penelitian kuantitatif adalah 60 bidan desa yang dipilih secara *purposif* dari puskesmas tersebut. Pengumpulan data kualitatif melalui wawancara mendalam dan kuantitatif dengan angket. Analisis data kualitatif dengan *content-analysis* dan kuantitatif dengan uji statistik *Mann Whitney*. Pelaksanaan PMT-P di puskesmas yang mengalami penurunan kasus kurang gizi lebih banyak yang optimal (83,3%) dibandingkan puskesmas yang mengalami peningkatan kasus (56,7%). Perbedaan mencolok pada pelaksanaan meliputi sosialisasi ke masyarakat, registrasi sasaran, pemantauan daya terima makanan tambahan, penggunaan kartu pemantauan serta pendampingan bidan terhadap kader lebih banyak dilakukan oleh puskesmas yang mengalami penurunan kasus balita kurang gizi. Pemberian paket PMT-P di puskesmas yang mengalami peningkatan kasus dilakukan pada semua balita dengan rata-rata pemberian selama satu bulan. Selain itu puskesmas kurang melibatkan perangkat desa dan kecamatan dalam PMT-P. Penentuan sasaran dengan tepat dan peningkatan peran serta masyarakat dapat menurunkan kasus kurang gizi.

Kata Kunci : Program PMT-P balita, TPG Puskesmas, Bidan Desa, Balita Kurang Gizi.

ABSTRACT

One of efforts to solve undernourishment problems in Wonogiri district was a recovery food supplement distribution (PMT-P) program. This program has been implemented since 2007. However, it had not shown significant results. Preliminary studies showed that there were problems in input and process aspects in the implementation of this program. Objective of the study was to evaluate the implementation of PMT-P program for undernourished under-five children (balita). This was an observational-analytical study. A qualitative method was applied to evaluate the implementation of PMT-P program by TPG. A quantitative method was used to compare the implementation of PMT-P program by midwives in the primary healthcare centers

(puskesmas) with increasing and decreasing numbers of undernourished under-five children cases. The main informants were four TPG from four puskesmas that experienced the increase and decrease numbers of undernourished under-five children cases. Triangulation informants were four heads of puskesmas, a head of Kesga and nutrition section of the district health office, four village midwives, four posyandu cadres, and mothers of under-five children who received PMT-P. Subject of the quantitative study were 60 midwives selected purposively from each puskesmas. Qualitative data were collected through in-depth interview; quantitative data were collected using questionnaire. Content analysis was applied for qualitative data analysis, and Mann-Whitney statistic test was applied for quantitative data analysis. Implementation of PMT-P in puskesmas that experienced the decrease of the number of undernourished cases was more optimal (83.3%) than in puskesmas that experienced the increase of the cases (56.7%). Distinct difference that was shown in the implementation included socialization to the community, target registration, monitoring of PMT absorption ability, monitoring card usage. Midwives accompaniment to cadres was conducted more frequent by puskesmas that experienced the decrease of the number of undernourished under-five children cases. PMT-P packages were distributed continually to all under-five children in the puskesmas that experienced the increase of the cases for a month in average. Additionally, puskesmas did not optimally involve village staffs and sub district office staffs in the PMT-P program activities. The implementation of PMT-P in puskesmas that experienced the decrease of undernourished cases is better. Accurate determination of the target and improvement of community involvement should be able to decrease undernourished cases.

Keywords : PMT-P program for under-five children, TPG, Village midwives, undernourished under-five children

PENDAHULUAN

Status gizi anak usia bawah lima tahun (balita) merupakan indikator kesehatan yang penting karena anak usia balita merupakan kelompok yang rentan terhadap kesehatan gizi.¹ Pada masa ini berlangsung proses tumbuh kembang yang sangat pesat yaitu pertumbuhan fisik dan perkembangan psikomotorik, mental dan sosial, sehingga perlu memperoleh gizi dari makanan sehari-hari dalam jumlah yang tepat dan kualitas baik.²

Gizi kurang pada anak balita yang tidak segera diatasi akan berkembang menjadi gizi buruk. Dampak yang ditimbulkan akibat gizi buruk tersebut bukan hanya terjadinya gangguan pada fisik saja tetapi juga mempengaruhi kecerdasan dan produktivitas ketika dewasa, karena masa balita merupakan masa kritis atau *critical period*.³

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 mencatat 35,7% anak Indonesia tergolong pendek akibat masalah gizi kronis, dan angka Balita kurang gizi 17,9%, di Jawa Tengah sendiri kasus balita kurang gizi tahun 2010 juga masih cukup tinggi yaitu 15,7%^{4,5}

Untuk memperbaiki masalah gizi tersebut salah satu upaya yang dilakukan adalah dengan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan yang selanjutnya disebut PMT-P bagi bayi dan anak balita,⁴ hal ini sesuai dengan undang – undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan khususnya Bab VIII tentang Gizi, pasal 141 ayat 1 yang menyatakan bahwa upaya perbaikan gizi masyarakat ditujukan untuk peningkatan mutu gizi perseorangan dan masyarakat.⁴ PMT-P bagi balita merupakan program/kegiatan pemberian zat gizi yang bertujuan memulihkan gizi balita dengan jalan memberikan makanan dengan kandungan gizi yang cukup sehingga kebutuhan gizi balita dapat terpenuhi.⁶

Data yang diperoleh dari DKK Wonogiri tahun 2010 menunjukkan dari 53.970 balita, dijumpai 2.562 (4,75%) balita kurang gizi, dan dari jumlah tersebut terdapat 555 (1,03%) balita dengan gizi buruk yang membutuhkan perhatian dari pemerintah daerah untuk mengatasinya.

Salah satu upaya yang dilakukan oleh Kabupaten Wonogiri untuk mengatasi masalah kurang gizi adalah melakukan

program PMT-P. Program ini sudah dijalankan sejak tahun 2007, namun keberhasilannya untuk menurunkan masalah gizi masih belum optimal, hal ini dilihat dari penurunan jumlah balita kurang gizi belum menunjukkan angka yang berarti yaitu dari 5,49% pada tahun 2008, menjadi 4,76% pada tahun 2009 dan pada tahun 2010 hanya mengalami penurunan sedikit yaitu menjadi 4,75%.⁷

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Kabupaten Wonogiri pada bulan Mei 2012 yaitu berdasarkan informasi yang disampaikan oleh Kasi Kesga dan Gizi DKK, dana yang dipergunakan untuk kegiatan PMT-P balita berasal dari APBD II. Dana tersebut hanya dipakai untuk pembelian paket PMT-P yaitu biskuit balita, taburia dan mineral mix dengan jumlah paket PMT-P tanpa memperhitungkan seluruh jumlah balita kurang gizi di Kabupaten Wonogiri karena keterbatasan dana. Informasi lain yaitu tidak adanya buku panduan untuk penyelenggaraan PMT-P balita kurang gizi di Puskesmas.

Data yang diperoleh petugas kesehatan yaitu bahwa sasaran PMT pemulihan diprioritaskan pada balita gizi buruk dari keluarga miskin. Namun untuk balita gizi buruk sendiri tidak semuanya memperoleh paket makanan PMT-P, hal ini disebabkan karena jumlah paket makanan yang diterima dari DKK Wonogiri tidak mencukupi untuk seluruh balita gizi buruk. Bidan juga menyampaikan bahwa ada balita gizi buruk yang hanya diberikan PMT-P selama 1 bulan (30 hari) saja karena terbatasnya paket makanan yang diterima dari Puskesmas, sedangkan menurut panduan pelaksanaan PMT-P pada balita, pemberian makanan tambahan pemulihan seharusnya diberikan setiap hari selama 90 hari.^{6,8}

Informasi lain yaitu selama pelaksanaan PMT-P, tidak ada format dan tidak ada pencatatan secara khusus untuk pemantauan terhadap daya terima makanan tambahan pemulihan. Pemantauan tersebut juga tidak dilakukan seminggu sekali tetapi sebulan sekali pada saat ibu balita datang ke posyandu untuk melakukan penimbangan.

Menurut informasi dari keluarga penerima PMT-P, biskuit yang diperoleh dari

Puskesmas ikut dikonsumsi oleh anggota keluarga lain karena balita penerima PMT-P tidak mau menghabiskan biskuit tersebut dan ada satu keluarga yang menyampaikan hanya mendapatkan biskuit selama 1 (satu) bulan, untuk bulan berikutnya tidak mendapatkan lagi.

Berdasarkan fakta di atas menunjukkan adanya beberapa masalah baik dalam pencapaian hasil maupun ketepatan sasaran dari program PMT-P. Keberhasilan program PMT-P bisa dipengaruhi oleh beberapa faktor yang merupakan unsur masukan (input) dari PMT-P seperti ketersediaan dana, tenaga, sarana, paket PMT dan metode pemberian, maupun dari unsur proses yang meliputi perencanaan, pelaksanaan dan penggerakan serta pemantauan yang dilakukan selama pelaksanaan kegiatan PMT-P.

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai “Bagaimana Pelaksanaan Program PMT-P Pada Balita Kurang Gizi Ditinjau dari Aspek Input dan Proses?”

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional dengan menggunakan metode kualitatif dan kuantitatif serta menggunakan pendekatan *cross sectional*.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) puskesmas dan bidan desa. Subyek penelitian ditentukan berdasarkan puskesmas yang mengalami peningkatan dan penurunan kasus balita kurang gizi. Informan utama yang menjadi subjek penelitian adalah petugas gizi dari 4 puskesmas terpilih. Informan triangulasi meliputi 4 orang Kepala Puskesmas dari puskesmas terpilih, 4 orang kader, ibu balita penerima PMT Pemulihan untuk dilakukan Focus Group Discussion (FGD), 1 orang Kasi Kesga dan Gizi Dinas Kesehatan Wonogiri dan 4 orang bidan desa.

Bidan desa disamping sebagai informan triangulasi dari TPG juga sebagai responden untuk pengambilan data secara kuantitatif. Penentuan bidan desa sebagai sampel penelitian dilakukan secara *purposif sampling* berdasarkan puskesmas yang mengalami peningkatan dan penurunan kasus balita

kurang gizi. Pengambilan data dilakukan secara *accidental* yaitu bidan yang dipakai sebagai sampel adalah bidan yang datang pada pertemuan yang diselenggarakan di DKK dan Puskesmas, dengan Jumlah sampel penelitian adalah 60.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Informan utama adalah empat Tenaga Pelaksana Gizi puskesmas dengan masa kerja

selama 13 sampai 37 tahun. Petugas gizi puskesmas bertanggungjawab dalam pengelolaan program pemberian makanan tambahan pemulihan yang diselenggarakan di tingkat kecamatan. Latar belakang pendidikan dari keempat informan utama bervariasi mulai dari SPAG, D III Gizi, S1 Gizi dan S1 Kesehatan Masyarakat yang menempuh pendidikan lanjut ke S2 Manajemen.

Tabel 4.1. Karakteristik Informan Utama

No	Kode Infoman	Umur (Tahun)	Jenis Kelamin	Pendidikan	Masa Kerja (Tahun)
1	IU 1	47	Laki-laki	Pasca Sarjana Manajemen	26
2	IU 2	48	Laki-laki	D III Gizi	37
3	IU 3	47	Perempuan	SPAG	25
4	IU 4	38	Perempuan	S1 Gizi	13

Tabel 4.2. Karakteristik Informan Triangulasi Kepala Puskesmas dan Kasi Gizi

No	Kode Informan	Umur (Tahun)	Jenis Kelamin	Pendidikan	Jabatan	Masa Kerja (Tahun)
1	IT-P 1	43	Laki-laki	S1 Kedokteran	Kepala Puskesmas	3
2	IT-P 2	42	Laki-laki	S2 Manajemen	Kepala Puskesmas	12
3	IT-P 3	38	Perempuan	S1 Kedokteran	Kepala Puskesmas	6
4	IT-P 4	47	Laki-laki	S2 Kesehatan	Kepala Puskesmas	12
5	IT-P 5	47	Perempuan	S2 Manajemen	Kasi Kesga dan Gizi	15

Tabel 4.3. Karakteristik Informan Triangulasi Bidan Desa dan Kader

No	Kode Informan	Umur (Tahun)	Pendidikan	Jabatan	Masa Kerja (Tahun)
1	IT-Bd 1	26	D III Kebidanan	Bidan Desa	5
2	IT-Bd 2	29	D III Kebidanan	Bidan Desa	7
3	IT-Bd 3	38	D I Kebidanan	Bidan Desa	17
4	IT-Bd 4	26	D III Kebidanan	Bidan Desa	5
5	IT-Kd 1	56	SMA	Kader	30
No	Kode Informan	Umur (Tahun)	Pendidikan	Jabatan	Masa Kerja (Tahun)
6	IT-Kd 2	44	SMA	Kader	25
7	IT-Kd 3	41	SMA	Kader	5
8	IT-Kd 4	45	SMA	Kader	15

Tabel 4.1 di atas menunjukkan masih ada satu petugas gizi dengan latar belakang pendidikan SPAG yang setara dengan D I gizi. Dalam tabel tersebut juga terlihat ada satu petugas gizi dengan masa kerja yang cukup lama yaitu 37 tahun. Tabel 4.2 menunjukkan seluruh Kepala Puskesmas berlatar belakang pendidikan kedokteran dan terdapat dua Kepala Puskesmas yang sudah menempuh pendidikan S2, yaitu S2 Manajemen dan S2 Kesehatan masyarakat. Berdasarkan Tabel 4.3 di atas, rata-rata tingkat pendidikan informan triangulasi Bidan Desa adalah D III kebidanan, hanya satu bidan dengan latar belakang pendidikan D I kebidanan dan terdapat satu kader dengan masa kerja yang cukup lama yaitu 30 tahun

Pelaksanaan PMT oleh bidan desa di puskesmas yang mengalami penurunan dan peningkatan jumlah kasus balita kurang gizi menunjukkan, persentase pelaksanaan PMT-P yang dilakukan oleh bidan desa pada puskesmas yang mengalami penurunan jumlah kasus kurang gizi lebih banyak yang optimal (83,3%) dibanding dengan puskesmas yang mengalami peningkatan jumlah kasus kurang gizi (56,7%). Hasil uji statistik dengan *Mann Whitney Tes* sig = 0,033 (<0,05) yang berarti H_0 ditolak sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa ada perbedaan pelaksanaan pemberian makanan tambahan antara puskesmas yang mengalami penurunan dengan puskesmas yang mengalami peningkatan jumlah kasus balita kurang gizi di Kabupaten Wonogiri. Perbedaan mencolok dalam pelaksanaan PMT-P antara puskesmas yang mengalami peningkatan dan penurunan kasus balita kurang gizi meliputi jumlah bidan yang selalu melakukan sosialisasi mengenai pendistribusian PMT-P kepada masyarakat di puskesmas yang mengalami penurunan jumlah kasus yaitu 83,3%, lebih banyak dibandingkan bidan di puskesmas yang mengalami peningkatan jumlah kasus balita kurang gizi, yaitu dengan persentase 43,3%. Bidan yang selalu mendampingi kader di puskesmas yang mengalami penurunan kasus lebih banyak yaitu sebesar 60%, dibandingkan pada puskesmas yang mengalami peningkatan kasus, sebesar 33,3%. Demikian juga bidan yang selalu melakukan registrasi sasaran lebih

banyak di puskesmas yang mengalami penurunan kasus yaitu sebesar 90% dibandingkan pada puskesmas yang mengalami peningkatan jumlah kasus sebesar 53,3%. Berkaitan pemantauan terhadap daya terima makanan tambahan pemulihan, bidan yang selalu melakukan pemantauan lebih banyak pada puskesmas yang mengalami penurunan kasus yaitu 56,7% dibandingkan puskesmas yang mengalami peningkatan kasus yaitu sebanyak 30%. Penggunaan kartu pemantauan juga lebih banyak di puskesmas yang mengalami penurunan kasus kurang gizi, yaitu sebanyak 36,7% bidan yang selalu menggunakan kartu pemantauan, sedangkan pada puskesmas yang mengalami peningkatan kasus kurang gizi hanya 6,7%.

Faktor Input dalam Program PMT-P.

Tenaga yang dilibatkan dalam pelaksanaan PMT pemulihan di Kabupaten Wonogiri sudah sesuai dengan petunjuk teknis pemberian makanan tambahan pemulihan pada balita. Tenaga yang dilibatkan yaitu petugas gizi selaku penanggungjawab operasional dan membantu kepala puskesmas dalam pengelolaan kegiatan PMT di tingkat kecamatan, bidan desa selaku pelaksana pemberian PMT yang dibantu oleh kader posyandu, apabila tidak terdapat bidan di desa maka fungsi bidan desa diserahkan kepada petugas puskesmas Pembina wilayah setempat.^{6,9,10} Kualitas tenaga cukup, hal ini dilihat dari latar belakang pendidikan TPG dan bidan rata-rata D III, masa kerja sudah cukup lama dan sudah sering memberikan PMT. Tingkat pendidikan yang dimiliki seseorang itu akan mempengaruhi kemampuan orang tersebut dalam bekerja dan mempengaruhi tingkat pencapaian dari pekerjaan yang dilakukannya, karena semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah seseorang berpikir secara luas, semakin tinggi daya inisiatifnya dan semakin mudah pula untuk menemukan cara-cara yang efisien guna menyelesaikan pekerjaannya dengan baik.¹¹ Demikian pula adanya kecenderungan makin lama bekerja makin banyak pengalaman yang dimiliki oleh tenaga kerja yang bersangkutan.¹² Pengalaman bekerja banyak memberikan kecenderungan bahwa yang bersangkutan memiliki keahlian dan

keterampilan yang relatif tinggi.¹² Sehubungan dengan upaya meningkatkan keterampilan petugas, tidak ada pembimbingan dan pelatihan secara khusus tetapi sudah dilakukan refresing materi tentang gizi dan pemberian penjelasan mengenai program PMT dalam pertemuan-pertemuan rutin yang diselenggarakan. Dari informasi di atas menunjukkan persiapan petugas kesehatan sudah dilakukan baik oleh puskesmas maupun oleh Dinas Kesehatan.

Berdasarkan hasil wawancara mengenai penunjukan kader pendamping, Seluruh informan menyampaikan tidak ada penunjukan kader pendamping secara khusus. Puskesmas hanya menunjuk satu kader yang menjadi koordinator dari seluruh kader di setiap desa. Dalam kegiatan pemberian makanan tambahan pemulihan sangat diperlukan adanya kader pendamping, disamping membantu dalam pendistribusian makanan juga kader ikut memantau apakah makanan sampai pada sasaran atau ikut dikonsumsi oleh anggota keluarga lain atau tidak. Kader juga memantau bagaimana anak mengkonsumsi makanan tambahan setiap hari, mungkin diperlukan modifikasi makanan supaya anak mau mengkonsumsi makanan tambahan sehingga kader bisa memastikan kalau anak mengkonsumsi makanan selama 90 hari. Kader bersama bidan juga melakukan pemantauan terhadap kesehatan anak termasuk adanya masalah yang mungkin timbul akibat dari konsumsi makanan tambahan.^{9,10}

Sumber dana untuk pelaksanaan program PMT Pemulihan di Kabupaten Wonogiri tahun 2011 berasal dari APBD II, namun dana tersebut hanya dialokasikan untuk pembelian paket makanan PMT pemulihan, hal ini disebabkan karena keterbatasan dana yang ada sehingga untuk dana operasional kegiatan diserahkan kepada setiap puskesmas, tapi dari puskesmas juga tidak ada dana. Menurut Harianja S. dalam Hidayaturrahmi, et al. (2010) salah satu yang menghambat manajemen pelaksanaan program gizi adalah karena keterbatasan dana untuk program gizi.¹³

Sarana dan prasarana merupakan faktor pendukung untuk keberhasilan suatu

program.¹⁴ Sarana dan prasarana yang dimiliki oleh setiap puskesmas di Kabupaten Wonogiri sudah sesuai dengan panduan pemberian makanan tambahan pemulihan namun untuk format-format yang diperlukan seperti format distribusi makanan, format pemantauan sasaran, format pemantauan harian konsumsi makanan tambahan, dan format pelaporan tidak seluruh puskesmas memiliki, dengan tidak adanya format baku dari DKK maka tidak semua puskesmas menyediakan format untuk pemantauan dan pelaporan sedangkan format – format tersebut diperlukan sebagai perangkat untuk melakukan kegiatan monitoring dan melakukan pendokumentasian terhadap pelaksanaan program pemberian makanan tambahan pemulihan yang dilakukan.

Pemberian paket makanan tambahan pada balita kurang gizi di Kabupaten Wonogiri tidak semua anak memperoleh paket makanan selama 90 hari. Terutama pada puskesmas yang mengalami peningkatan kasus balita kurang gizi hanya diberikan PMT rata-rata selama 30 hari, hal ini dikarenakan keterbatasan paket makanan yang ada. Pernyataan ini juga didukung oleh hasil FGD yang dilakukan yaitu sebagian besar ibu menyampaikan mendapatkan paket PMT hanya satu bulan (4 pak biskuit), informasi yang lain yaitu beberapa ibu mengatakan kakak balita sasaran ikut makan dan ada anak yang makan biskuit hanya 3 (tiga) keping sampai setengah bungkus sehari. Hal tersebut merupakan kendala dari keberhasilan program PMT-P. Demikian pula untuk taburia hanya diberikan pada balita gizi buruk saja karena jumlah yang diterima dari DKK terbatas, dan mineral mix tidak dibagikan ke masing-masing sasaran tetapi dibuat di posyandu yang dibagikan kepada seluruh balita, sedangkan seharusnya mineral mix hanya diperuntukkan bagi balita dengan status gizi buruk.

Berdasarkan informasi angka kecukupan gizi, kandungan gizi dari PMT pemulihan yang diberikan di Kabupaten Wonogiri sudah sesuai untuk anak usia 1 – 2 tahun, sehingga apabila PMT tersebut diberikan pada anak di atas 2 tahun maka tidak sesuai dengan angka kecukupan gizinya. Demikian pula taburia diberikan untuk memenuhi kebutuhan gizi pada masa tumbuh

kembang balita usia 6 bulan sampai 5 tahun. Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Rauf dan Faramitha (2010) menunjukkan dengan pemberian taburia selama 120 hari pada anak usia 12-24 bulan yang mengalami gizi kurang dapat meningkatkan berat badan anak.¹⁵ Dengan pemberian taburia yang tidak rutin setiap hari bahkan hanya 2 kali seminggu maka dampaknya untuk meningkatkan berat badan menjadi terhambat.

Mekanisme pendistribusian paket makanan yang dilakukan di Kabupaten Wonogiri sudah sesuai dengan petunjuk teknis PMT-P. Dalam melakukan pendistribusian paket makanan tambahan juga sudah ada penyuluhan, namun penyuluhan yang diberikan sebagian besar hanya bersifat penjelasan secara umum mengenai PMT sedangkan informasi tentang kebutuhan gizi balita tidak disampaikan kepada setiap ibu, sementara tujuan dari PMT selain meningkatkan mutu gizi dari makanan yang dikonsumsi oleh balita melalui PMT juga menanamkan perilaku gizi seimbang dengan pemberian penyuluhan atau konseling tentang gizi. Berkaitan dengan kegiatan konseling dalam pelaksanaan PMT-P, materi konseling perlu diperjelas serta perlu diperluas bukan hanya masalah gizi dan paket PMT tetapi perlu ditambahkan juga tentang materi PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat), hal ini sesuai dengan panduan pemberian makanan tambahan pemulihan dengan dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan).⁶ Menurut Wonatorey, kegiatan konseling merupakan salah satu kegiatan yang sangat penting dalam program PMT pemulihan, dalam upaya untuk meningkatkan kemandirian masyarakat di bidang kesehatan dan gizi.¹³

Faktor Proses dalam Program PMT-P. Berdasarkan wawancara yang dilakukan mengenai penyusunan perencanaan dan jadwal kegiatan yang dilakukan oleh petugas gizi, diperoleh informasi yang sama antara informan utama dengan informan triangulasi yaitu setiap petugas gizi membuat perencanaan kegiatan PMT pemulihan yang berupa penentuan sasaran penerima PMT pemulihan dan jadwal pendistribusian, sedangkan untuk perencanaan yang lain seperti merencanakan sosialisasi program

PMT-P, rencana bimbingan dan supervisi, persiapan sarana peralatan serta pencatatan dan pelaporan tidak dilakukan. Penentuan sasaran secara umum sudah sesuai yaitu anak dengan gizi kurang dan gizi buruk dari keluarga miskin, namun ada puskesmas yang penentuan sasaran PMT pemulihannya juga untuk keluarga non gakin. Keluarga non gakin perlu ditelaah kembali untuk menjadi sasaran mengingat non gakin mengalami masalah gizi bukan akibat faktor langsung berupa kekurangan intake makanan atau karena tidak cukupnya persediaan pangan tetapi lebih karena faktor lain.

Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan dan dari hasil telaah dokumen menunjukkan tidak adanya petunjuk teknis program kegiatan pemberian makanan tambahan pemulihan yang dimiliki oleh setiap puskesmas. Dalam rangka pelaksanaan pengelolaan pemberian makanan tambahan pemulihan pada balita secara efektif dan efisien maka diperlukan adanya petunjuk teknis yang mengatur antara lain pengelolaan, pemantauan dan evaluasi serta pengorganisasian penyelenggaraan PMT dimana dalam petunjuk teknis juga disertai dengan uraian tugas (*job description*) dari masing-masing petugas kesehatan yang ikut terlibat dalam penyelenggaraan program tersebut.¹⁰

Terdapat perbedaan sosialisasi yang dilakukan antara informan utama di puskesmas yang mengalami penurunan jumlah kasus dan puskesmas yang mengalami peningkatan jumlah kasus, yaitu pada puskesmas yang mengalami peningkatan kasus hanya melakukan sosialisasi pada bidan dan kader saja, sedangkan informan utama dari puskesmas yang mengalami penurunan jumlah kasus melakukan sosialisasi selain pada kader juga ke perangkat desa dan kecamatan. Program pemberian makanan tambahan pemulihan perlu mendapatkan dukungan dari masyarakat supaya pelaksanaan program tersebut bisa berjalan dengan lancar, sehingga diperlukan koordinasi selain dengan petugas kesehatan sendiri juga dengan melakukan koordinasi lintas sektoral baik sektor pemerintah maupun sektor swasta.

Dalam pelaksanaan PMT-P, ada kegiatan monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh petugas gizi puskesmas, namun tidak ada standar baku mengenai komponen apa saja yang perlu dimonitor. Secara umum kegiatan monitoring dan evaluasi masih belum optimal sedangkan tujuan dari monitoring program untuk mengetahui perkembangan pencapaian target program apakah sesuai dengan sasaran yang telah direncanakan sebelumnya, serta untuk mengestimasi apakah sebuah *treatment* atau intervensi adalah tepat.¹⁶

Pelaporan dari bidan desa ke puskesmas dilakukan setiap bulan sekali, namun pelaporan menggunakan buku pantauan berat badan yang ada di posyandu yang kemudian direkap oleh petugas gizi puskesmas. Demikian pula TPG puskesmas di Kabupaten Wonogiri telah melakukan pencatatan dan pelaporan, namun hal-hal yang dilaporkan belum mengacu pada petunjuk teknis pemberian makanan tambahan pemulihan, hal ini disebabkan tidak adanya format baku untuk pencatatan dan pelaporan kegiatan PMT-P.

KESIMPULAN

Ada perbedaan pelaksanaan pemberian makanan tambahan pemulihan antara puskesmas yang mengalami penurunan dengan puskesmas yang mengalami peningkatan jumlah kasus balita kurang gizi di Kabupaten Wonogiri ($p=0,033$). Perbedaan tersebut meliputi sosialisasi ke masyarakat, registrasi sasaran, pemantauan daya terima makanan tambahan, penggunaan kartu pemantauan serta pendampingan bidan terhadap kader lebih banyak dilakukan oleh puskesmas yang mengalami penurunan kasus balita kurang gizi. Secara kualitatif ditemukan perbedaan antara puskesmas yang mengalami peningkatan dan penurunan kasus balita kurang gizi yaitu pemberian paket PMT-P di puskesmas yang mengalami peningkatan kasus tidak memenuhi ketentuan yaitu pemberian kurang dari 90 hari, hal ini dikarenakan paket PMT-P diberikan pada semua balita dan karena keterbatasan jumlah paket PMT-P. Selain itu puskesmas yang mengalami peningkatan kasus juga kurang

melibatkan perangkat desa dan kecamatan dalam PMT-P. Penentuan sasaran dengan tepat dan peningkatan peran serta masyarakat dapat menurunkan kasus kurang gizi

DAFTAR PUSTAKA

1. Suhardjo. (2003), *Perencanaan Pangan dan Status Gizi*. Bumi Aksara, Jakarta.
2. Pudjiadi, Solihin. (2003), *Ilmu Gizi Klinis pada Anak*. Edisi IV, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
3. Hafid, Anwar, Mursidin dan Husain Ibrahim. *Model Pengembangan Alat Permainan Edukatif Berbasis Sosial Budaya Pada Pembelajaran Anak Didik Kelompok Bermain*. (Online). (diakses April 2012). Diunduh dari : <http://anwarhapid.blogspot.com>.
4. Minarto. (2011), *Rencana Aksi Pembangunan Gizi Masyarakat tahun 2010 – 2014*. Dirjen Bina Gizi dan KIA , Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
5. Departemen Kesehatan RI. (2010), *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2010*. Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Dasar, Depkes RI, Jakarta.
6. Departemen Kesehatan RI. (2011), *Panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Bagi Balita Gizi Kurang (BOK)*, Jakarta.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten Wonogiri. *Laporan Hasil Pemantauan Status Gizi Balita Tahun 2008 sampai 2011*
8. Departemen Kesehatan RI. (2008), *Pedoman Respon Cepat Penanggulangan Gizi Buruk*. Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat, Depkes RI, Jakarta.
9. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. (2006), *Pedoman Umum Pemberian Makanan Pendamping ASI Lokal Tahun 2006*. Depkes RI, Jakarta.
10. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. (2002), *Petunjuk Teknis Pengelolaan MP-ASI Program JPS-BK*. Depkes RI, Jakarta.
11. Gitosudarmo dan Sudita. (2009), *Perilaku Keorganisasian*. Edisi Pertama. BPFE. Yogyakarta.

12. Ardana, I Komang, Ni Wayan Mujiati, I Wayan Mudiarta U. (2012), *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Graha Ilmu, Yogyakarta.
13. Hidayatullah, Masrul, Zulkarnaen Agus. (2010), *Studi Kebijakan Manajemen Program PMT-P Balita Kurang Gizi di Puskesmas Kota Solok*, Dinas Kesehatan dan Masyarakat Kota Solok
14. Handayani, Lina, Surahma Asti Mulasari, Nani Nurdianis. (2008), *Evaluasi Program PMT Anak Balita di Puskesmas Mungkid Magelang*. Jurnal Manajemen Kesehatan, Volume 11. No.1
15. Rauf, Suriani, Faramitha. (2012), *Pengaruh Pemberian Taburia Terhadap Perubahan Status Gizi Anak Gizi Kurang Umur 12-24 Bulan Di Kecamatan Pangkajene Kabupaten Pangkep Tahun 2010*. Media Gizi Pangan Vol. XIII, Edisi I
16. Wijono, Djoko. (2007), *Evaluasi Program Kesehatan dan Rumah Sakit*. CV Duta Prima Airlangga, Surabaya.